

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 41

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
Fissure du Pylore

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES-ANDRÉ POZZO DI BORGO

Né le 1^{er} août 1894, à Nice (Alpes-Maritimes)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Fissure du Pylore

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	(MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'ot-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BUNNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des fonctions
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROQUE, Président; M. NICOLAS, Assesseur;
MM. CADE et FROMENT, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 41

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Fissure du Pylore



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES-ANDRÉ POZZO DI BORGO

Né le 1^{er} août 1894, à Nice (Alpes-Maritimes)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920

A LA DOULOUREUSE MÉMOIRE DE MA MÈRE
ET A CELLE DE MON FRÈRE

Glorieusement tué au Chemin des Dames

A MON PÈRE,
LE MÉDECIN PRINCIPAL POZZO DI BORGO

Officier de la Légion d'honneur

Je dédie ce modeste travail, faible
témoignage de ma profonde affection et
de mon infinie reconnaissance.

A MA FEMME

A MA FILLE

A TOUS MES PARENTS

A MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique médicale à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre vive et respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADE

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin des Hôpitaux

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a prodigué les conseils de sa bienveillante expérience : il a droit à toute notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE

Chevalier de la Légion d'honneur
Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous communiquer plusieurs observations et nous guider dans la partie chirurgicale de notre travail.

A NOS JUGES

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Il existe diverses observations desquelles il ressort que de très petits ulcères pyloriques ont entraîné le spasme de cet orifice.

Sanctuary, en 1883, relate le cas d'un malade ayant présenté des symptômes tels qu'on avait cru à une sténose pylorique serrée, et dont l'autopsie fit découvrir un pylore très perméable sur lequel se voyait la trace d'un tout petit ulcère.

Bouveret, dans son « Traité des Maladies de l'estomac », Félix Ramond, plus récemment, comparent, au point de vue pathogénique, le rôle joué par ces ulcérations vis-à-vis du pylore à celui qui est attribué à la fissure anale au cours de certaines affections du sphincter rectal. M. le docteur Delore, chirurgien des Hôpitaux, s'est récemment occupé de la question et a tiré de plusieurs cas observés par lui des conclusions analogues. M. le professeur agrégé Cade, médecin des Hôpitaux, a attiré notre attention sur ce sujet, et nous a communiqué une observation inédite. C'est à son instigation, et avec les documents qu'ont bien

voulu nous remettre M. Delore et M. Cade, que nous avons rédigé cette thèse.

Nous avons adopté à notre tour le terme de « fissure pylorique » dans la pensée qu'il peut fort bien s'appliquer à ces lésions ulcéreuses d'apparence minime, mais qui produisent des effets hors de proportion, semble-t-il, avec leur importance.

Qu'il nous soit permis de remercier ici MM. Cade et Delore d'avoir bien voulu nous faire part de leurs idées à ce sujet : plus encore, d'avoir eu la bienveillante obligeance de nous communiquer leurs observations et de nous fournir des indications précieuses pour la rédaction de notre travail.

Le but de ce dernier n'est pas, d'ailleurs, de faire une étude complète de la question, mais de colliger ces observations récentes. Nous ferons suivre leur exposé de notions sur le spasme du pylore, ses causes et ses effets, et de réflexions sur l'allure clinique de la fissure pylorique ainsi que sur le traitement qu'il convient de lui opposer.

CHAPITRE I

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

DELORE et PINEL. (*Bulletin Médical*, 5 avril 1919)

D... Rose, 26 ans. Ulcère prépylorique avec fissure du pylore. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

Entre à l'hôpital de la Croix-Rousse en janvier 1919, dans le service de M. Delore (salle Sainte-Catherine).

Père cardiaque, mère bien portante, rien dans les antécédents collatéraux.

Souffre depuis dix ans dans l'hypocondre droit ; en 1912 dut être opérée dans le Midi pour cholécystite ou appendicite. Pendant ces deux dernières années les douleurs, à caractère d'ailleurs très intermittent, sont localisées par la malade au creux épigastrique ; elles surviennent une ou deux heures après les repas et s'accompagnent parfois d'irradiations dorsales. Jamais de vomissements alimentaires ou aqueux ; la malade prétend avoir eu, au début de 1917 et à quinze jours d'intervalle, deux vomissements de sang (un verre environ chaque fois), mais il est difficile d'avoir sur cet accident des renseignements très précis. Pas de méléna constatés.

A l'entrée, température 38°. La région vésiculaire est nettement douloureuse, l'exploration de l'estomac négative ; on pense soit à une cholécystite, soit, en raison des indications fournies par l'interrogatoire, à un ulcère pylorique.

Le 16 janvier 1919, intervention de M. Delore. La laparo-

tomie sus-ombilicale conduit sur un estomac énorme, congestionné, rempli de gaz, à parois non épaissies. La vésicule est saine, mais sur le pylore (au niveau de la veine pylorique) se trouve une petite cicatrice étoilée au-dessous de laquelle on perçoit une légère induration. Il s'agit d'un ulcère prépylorique très petit ne donnant pas d'obstruction complète ; l'énorme distension gastrique est sous la dépendance d'un spasme par fissure. Après avoir ponctionné l'estomac on fait une G. E. P. transmésocolique au bouton, réservant l'exérèse de l'ulcère pour un deuxième temps opératoire.

Suites très simples : La malade ne souffre plus et digère normalement. Elle refuse énergiquement le second temps opératoire et quitte l'hôpital.

OBSERVATION II

DELORE et PINEL. (*Bulletin Médical*, 5. avril 1919)

P... Julien, 35 ans, employé. Ulcère cicatriciel du versant duodénal du pylore. Pylorospasme par fissure. Gastro E. P. transmésocolique à la suture.

Mère morte de pneumonie à quarante-huit ans, père bien portant. Rien dans les antécédents collatéraux. Personnellement rhumatisme articulaire aigu à l'âge de dix-neuf ans ; bonne santé habituelle.

Entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, en janvier 1919.

Souffre de l'estomac depuis deux ans ; les douleurs, surtout vives au niveau du creux épigastrique, surviennent de façon variable, le plus souvent deux à trois heures après les repas. La douleur revêt une allure très intermittente : périodes de tolérance presque absolue et de paroxysmes douloureux. Depuis quelques mois les crises sont plus rapprochées ; pas d'hématémèses, pas de melânes, jamais de vomissements. Palpation négative ; ni ondes ni clapotage.

Le 11 janvier 1919, intervention de M. Delore. Laparotomie sus-ombilicale : on trouve un estomac dilaté, mais non épaissi ; sur le versant duodénal du pylore existe une cicatrice de vieux ulcère sans sténose ; il s'agit de spasme du pylore d'origine

fissuraire. On fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture : trois plans au catgut.

Suites opératoires simples ; le malade ne souffre plus, digère normalement.

OBSERVATION III

DELORE et PINEL. (*Bulletin Médical*, 5 avril 1919)

P... Antoine, 39 ans, employé. Petit ulcère rond du versant duodénal du pylore avec fissure.

Entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, en janvier 1919.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ; fièvre typhoïde à l'âge de 7 ans.

Troubles gastriques depuis trois ans, se manifestant par des sensations de pesanteur pendant les périodes digestives. Depuis six mois douleurs très violentes avec irradiations dorsales survenant deux heures après le repas et s'accompagnant de vomissements de suc gastrique. Jamais de vomissements alimentaires, ni hématomèses, ni méléna. Palpation négative ; pas d'ondes, pas de clapotage. On pense à un ulcus de la petite courbure ou du pylore avec sténose spasmodique.

Le 4 janvier 1919, laparotomie sus-ombilicale (M. Delore). On trouve un estomac plutôt un peu contracté, ni dilaté, ni épaissi. Le pylore montre une cicatrice d'ulcère ancien ; à 2 centimètres environ sur le versant duodénal on perçoit un noyau induré. L'exérèse de cet ulcère serait malaisée. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture : trois plans au catgut.

Suites opératoires simples : digestions normales, suppression des phénomènes douloureux dès l'opération.

OBSERVATION IV

DELORE et PINEL. (*Bulletin Médical*, 5 avril 1919)

P... Joanny, tonnelier, 47 ans. Ulcus du pylore. Sténose spasmodique avec fissure.

Entre à l'hôpital de la Croix-Rousse le 18 décembre 1918.

Père mort à 63 ans d'un cancer de l'estomac ; mère bien portante. Personnellement bonne santé habituelle. Souffre de l'estomac depuis six mois : douleur au creux épigastrique avec point dorsal deux heures environ après le repas. Pendant ces deux derniers mois, vomissements surabondants (4 litres d'après le malade) se produisant le plus souvent quelques minutes après l'ingestion des aliments. Actuellement intolérance gastrique absolue, amaigrissement extrême. Palpation de l'estomac négative.

Le 24 décembre 1918, laparotomie sus-ombilicale (M. Delore). L'estomac est un peu dilaté mais non épaissi. Après quelques recherches minutieuses on trouve, sur le bord supérieur du pylore, un petit ulcère rond de 5 millimètres de diamètre et de profondeur environ. Celui-ci est très nettement perçu avec le doigt introduit dans l'orifice de la gastro. Cet ulcère est encore un peu mobile et pourrait être réséqué, mais en raison de l'état d'intoxication du malade, on fait tout d'abord là g. e. p. t. m. au bouton.

Suites opératoires. — Suppuration de la paroi ; complications pulmonaires. Le 27 janvier reprise normale de l'alimentation. L'opéré va si bien qu'il refuse la seconde intervention destinée à enlever l'ulcère. Il quitte l'hôpital où il reviendra, dit-il, s'il souffre à nouveau.

OBSERVATION V

Communiquée par M. DELORE

P... Marcel, 19 ans. Laparotomie exploratrice. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Delore (salle Amédée-Bonnet), en janvier 1920.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Lui-même souffre, depuis un an environ, de troubles dyspeptiques. Au mois d'août 1919, après quelques jours où il

ressentit des palpitations qui cessèrent rapidement, il présenta quelques troubles digestifs qui se manifestèrent par du pyrosis accompagné de ballonnement et de sensations de pesanteur stomacale après les repas. Ces renvois acides, ces ballonnements faisaient leur apparition quelque temps après le repas et se continuaient jusqu'au repas suivant. En même temps le malade qui accusait une constipation intermittente, vit cette constipation s'installer d'une façon opiniâtre, les purgatifs et les lavements n'agissant que difficilement sur elle. Jamais il n'y eut de vomissements, jamais de douleurs nettes, précises en un point de l'estomac, ni irradiées dans tout l'abdomen. Cet état dyspeptique fut interrompu à quatre reprises par de brèves périodes de santé dont la durée varia de 8 à 15 jours.

A l'examen, malade pâle, amaigri, cachectique, s'alimentant extrêmement peu ; il accuse avoir perdu 15 kilos depuis le début de l'affection.

A l'inspection, abdomen normal, la paroi se laisse déprimer sans défense et on n'arrive pas par la pression, même profonde, à déterminer un point douloureux précis. Il n'y a pas de clapotage, pas de succussion hippocratique. L'insufflation de l'estomac pratiquée le fait voir très légèrement distendu mais ne dépassant pas, en dessous, l'ombilic de plus de deux travers de doigt. Rien aux poumons ni au cœur.

Le 2 février 1920, intervention de M. Delore : laparotomie exploratrice sus et sous-ombilicale. Il existe un tout petit ganglion dans le mésentère. En outre l'estomac est grand, légèrement épaissi et musculaire. Le duodénum semble avoir été attiré en haut et en dedans comme par un ulcère de la petite courbure. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture : 3 plans au catgut. Il s'agit probablement d'un ancien ulcère prépylorique cicatrisé. Pas d'induration.

Suites opératoires simples : le malade ne souffre plus.

Suites éloignées : à la date du 12 novembre, il nous écrit qu'il se porte à merveille, qu'il digère tout ce qu'il lui plaît de manger et que son poids a passé, en huit mois, de 48 kilos à 74 kilos.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. DELORE

L... Marie, 44 ans. Très petit ulcère du versant duodénal du pylore avec fissure. Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 12 mars 1920, dans le service de M. Delore (salle Saint-Paul).

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

La malade raconte que depuis une vingtaine d'années environ elle souffre de l'estomac; ces douleurs étaient variables dans leur intensité et dans leur durée, mais survenant toujours assez tardivement après les repas : apparaissant une ou deux heures après, elles semblaient se calmer pour reprendre plus violentes, une demi-heure ou une heure plus tard. Elles étaient assez nettement localisées au creux épigastrique et un peu à droite de la ligne médiane. L'ingestion d'alcalins ou de médicaments ne les calmait guère; elles étaient constantes, et l'évolution n'en fut pas interrompue par des périodes de santé et de calme. Ces douleurs se présentaient sous forme de tiraillements plutôt que de brûlures; elles n'étaient pas irradiées à l'épaule ni à la région dorsale, et ne s'accompagnaient pas de vomissements ni de pyrosis. L'état général de la malade, pendant cette longue évolution, subit d'abord une atteinte assez marquée : elle déclare avoir perdu plus de 15 kilos dans les premiers mois de sa maladie. Puis cet état général se maintient stationnaire, sans être brillant : appétit conservé; pas de dégoût électif pour aucun aliment. Il y a 18 mois environ, après quelques jours où les douleurs furent vives, la malade eut une hématomèse d'un rouge vif dont il est difficile, d'après ses dires, d'apprécier la quantité. Du méléna aussi fut noté par elle, méléna qui dura trois semaines environ, avec coloration très variée des selles. L'état général subit une nouvelle atteinte; la malade maigrit de nouveau; deux autres hématomèses surviennent encore, ac-

compagnées de melæna. C'est à la suite de ces hémorragies, de la persistance de ses douleurs et de son amaigrissement, que la malade vient se présenter à l'hôpital.

A l'examen, malade amaigrie, d'une pâleur cireuse. L'inspection de l'abdomen ne révèle rien, mais la palpation renseigne déjà sur l'état de son estomac qui est dilaté, descendant à trois travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. Clapotage très marqué, succussion hippocratique très nette. Il semble que l'on détermine par de légères chiquenaudes la production de quelques ondes péristaltiques peu accentuées. La palpation du creux épigastrique (qui permet de sentir très nettement, grâce à l'amaigrissement de la malade, les battements de l'aorte abdominale) fait percevoir une masse indurée, légèrement en dedans des battements artériels. Cette masse, assez régulièrement limitée, dure, semble assez mobile et se déplacer sous le doigt. La palpation un peu appuyée est douloureuse et provoque une sensation nauséuse. De même, la palpation à droite du creux épigastrique vers la région pylorique révèle aussi un point douloureux net que la malade prétend avoir toujours eu depuis le début de la maladie.

Il est en outre à noter dans les antécédents de la malade qu'elle n'a jamais été bien réglée ; ses règles ont toujours été douloureuses, abondantes, irrégulières. Au moment où elle voyait un affaiblissement marqué de son état général, elle notait la disparition de ses règles pendant quelques mois. Actuellement elle n'est plus réglée depuis 6 ans, bien qu'elle n'ait que 44 ans.

Les résultats de l'analyse chimique sont les suivants :

Liquide gastrique : Acidité totale, 4 gr. 18.

— H Cl libre, 0 gr. 76.

— H Cl combiné, 0 gr. 33.

(méthode colorimétrique)

Le 16 mars 1920, intervention de M. Delore : laparotomie médiane sus-ombilicale : avec un grand étonnement on ne trouve aucune tumeur. L'estomac est ptosé, dilaté mais non épaissi, libre dans toute son étendue, du cardia au pylore, sur la grande et la petite courbures. Rien sur le côlon ni sur

l'angle duodéno-jéjunal. En examinant très attentivement le pylore, au-dessous de la veine pylorique, on sent, sur la face postérieure, une petite induration : il s'agit manifestement d'un ulcère du versant duodénal du pylore. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture : trois plans au catgut.

Suites opératoires simples. Le 10 avril la malade sort guérie.

OBSERVATION VII

Communiquée par M. DELORE

A... Louis, 39 ans. Ulcère cicatriciel prépylorique avec fissure. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, le 10 juin 1919, dans le service de M. Delore (salle Amédée-Bonnet). Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Rien à signaler dans ses antécédents personnels. Il souffre de l'estomac depuis plusieurs années, sans cependant pouvoir préciser à quelle époque débuta l'affection. Il accuse des douleurs violentes, assez irrégulières, survenant deux heures environ après les repas et s'accompagnant de vomissements. Ces vomissements deviennent de plus en plus fréquents, surtout depuis quelques mois. Il n'a jamais observé d'hématémèses ni de melènas. A l'entrée, malade très amaigri ; la palpation révèle une assez grande dilatation de l'estomac ; le lavage pratiqué ramène peu de chose car le malade, conscient du rôle joué dans ses souffrances par l'ingestion d'aliments solides, n'absorbe que des liquides depuis quelque temps.

Le 13 juin 1919, intervention de M. Delore. Laparotomie exploratrice. On découvre une petite tache blanchâtre tout près du pylore : ancien ulcère probable. G. E. P. T. à la suture : trois plans au catgut.

Suites opératoires simples. Le malade ne souffre plus.

OBSERVATION VIII

Communiquée par M. DELORE

C... Florence, 21 ans, sans profession. Ulcère cicatriciel.

Pylorospasme par fissure. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Delore (salle Saint-Paul), le 18 octobre 1920.

Dans ses antécédents héréditaires on note que sa mère est morte albuminurique, à 55 ans. Ses antécédents personnels sont les suivants : deux bronchites, l'une à 15 ans, l'autre à 19 ans, la première ayant duré plus d'un an, la seconde quelques mois. A plusieurs reprises on a constaté de l'albumine dans ses urines.

Depuis quatre ans la malade souffre de l'estomac : l'affection a débuté par des vomissements peu abondants, survenant une ou deux heures après les repas. Douleurs peu intenses au début, au niveau du creux épigastrique. Ces douleurs ont été aussi en augmentant d'intensité et s'accompagnent actuellement d'irradiations lombaires et dorsales. Quelques hématomèses, pas de méléna. De plus constipation opiniâtre.

Après avoir suivi le traitement médical la malade se décide, devant son inefficacité à son égard, à se faire opérer.

A l'entrée, malade très amaigrie, squelettique. L'abdomen est rétracté, « en bateau ». La palpation de l'estomac est impossible en raison de la contracture des droits. Rien d'autre à signaler, si ce n'est au sommet gauche où le murmure vésiculaire s'entend mal. Parotidite bilatérale. Chute totale des dents de la mâchoire supérieure.

Le 22 octobre 1920, intervention de M. Delore. La laparotomie médiane sus-ombilicale permet de découvrir un estomac abaissé, un peu grand. L'exploration du pylore semble montrer de la contracture et un état cicatriciel. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture : trois plans au catgut.

Suites opératoires très simples. La malade ne souffre plus, digère normalement, et quitte le service le 8 novembre.

OBSERVATION IX

Communiquée par M. CADE

G... Louis, 29 ans. Petit ulcère du pylore (fissure pylorique).

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Cade (salle Saint-Jean), le 19 mai 1920.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Historique : Anémie, débutant vers la onzième année et motivant son ajournement au conseil de révision. Une bronchite à 18 ans. Pas de syphilis. L'état général était cependant assez bon et le malade digérait bien. A 24 ans, la faiblesse générale s'accroît en même temps qu'apparaissent quelques douleurs gastriques : d'abord lourdeurs après les repas, digestions lentes et constipation. Le malade avait parfois des vomissements « d'eau amère », avec des aliments, qui survenaient à la fin de la digestion et calmaient son malaise. En quelques mois ces vomissements acides deviennent peu à peu muqueux, toujours mélangés aux aliments, survenant parfois moins tardivement, peu de temps après les repas ; ils sont quotidiens. Jamais ils n'ont contenu de sang. La constipation a augmenté et ne cède qu'aux lavements. Le malade rejette des scybales dures, rougeâtres, enrobées dans des mucosités. Amaigrissement très sensible : 15 kilos depuis le début de l'affection.

Etat actuel : Actuellement le malade se présente avec de l'inappétence, un fort amaigrissement, un teint stercorémique. Il a des vertiges, une sensation constante de réplétion stomacale, de ballonnements, de pesanteurs. Il a également des vomissements muqueux quotidiens. Constipation, avec scybales. De plus, le malade accuse un léger spasme œsophagien, survenant de préférence dans la soirée, et gênant la déglutition.

Examen : A l'inspection, abdomen rétracté, flasque, déprimé. A la palpation, estomac non douloureux, région épigastrique souple, dépressible. La percussion donne un foie normal, ne débordant pas les fausses-côtes. La sonorité gastrique descend à gauche jusqu'au niveau de l'épine iliaque supérieure. En dehors on sent l'anse sigmoïde avec quelques matières dures. A la radioscopie, le pylore est à l'ombilic ; le fond de l'estomac descend à trois travers de doigt au-dessous de ce dernier. On voit des ondes.

Les résultats de l'analyse chimique sont les suivants :

H Cl libre	1 gr. 095
H Cl combiné	0 gr. 912

Acidité totale 2 gr. 190

25 mai : Examen du cœur. Souffle anémique de la base du cou, continu, avec renforcement systolique. Souffle systolique de la pointe du cœur, augmentant par la compression du stéthoscope, disparaissant pendant les inspirations profondes.

Le 5 juillet, le malade passe en chirurgie, dans le service de M. Delore. La laparotomie médiane sus-ombilicale montre un estomac qui n'est ni épaissi, ni dilaté. Le pylore adhère assez intimement à la face inférieure du foie près de son bord antérieur et en dedans de la vésicule qui est saine. On détruit les adhérences aux ciseaux et on sent sur le pylore une petite induration qui doit être un vieil ulcère probablement cicatrisé. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture : trois plans au catgut. Pas d'incidents : les muqueuses gastrique et intestinale ont un aspect sain. On se réserve de pratiquer l'exclusion dans un deuxième temps si le malade continue à souffrir.

Deuxième séjour dans le service du docteur Cade : Le malade revient dans le service ; il continue à vomir au moins aussi abondamment, mais le liquide n'est plus incolore et purement gastrique : il paraît nettement teinté en jaune vert par de la bile en assez grande abondance. Le malade ne paraît pas décidé à une seconde intervention et quitte le service, le 14 août, sans que son état paraisse sensiblement amélioré.

CHAPITRE II

Le Spasme du Pylore

Ses causes — Ses effets

Le spasme du pylore est un trouble du fonctionnement normal du sphincter gastrique. Physiologiquement, le pylore présente des alternatives d'ouverture et de fermeture qui se succèdent jusqu'à la fin de la digestion normale. Pathologiquement, l'orifice peut se trouver fermé pendant une durée anormale par suite de la contracture de son sphincter. Ce spasme est d'observation fréquente, car il existe dans de très nombreux états pathologiques stomacaux et extrastomacaux; et, de même que les affections des divers tubes musculaires de l'organisme se traduisent, entre autres signes, par de la contraction spasmodique (spasme œsophagien, spasmes intestinaux, spasme du sphincter rectal, spasme urétral, pour citer les plus importants), de même se comporte le pylore lorsqu'il subit une irritation. Il nous suffira de passer en revue les causes qui peuvent engendrer le spasme pylorique pour comprendre sa fréquence.

Ses causes

Les causes du pylorospasme sont très nombreuses; pour plus de clarté, nous pouvons les ranger dans les trois catégories suivantes :

Causes dues aux affections de l'estomac ;

Causes dues à des affections extra-stomacales ;

Causes d'ordre général.

A. — CAUSES DUES AUX AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

Ce sont les plus nombreuses et les plus importantes : Nous rencontrons, en premier lieu, *la gastrite inférieure* qui s'accompagne du spasme à tous ses degrés. L'inflammation limitée au pylore, que Lœper a appelée *pylorite*, en provoque également; c'est d'ailleurs une étape vers *l'exulcération*, puis vers *l'ulcère du pylore*, dont tous les auteurs français s'accordent à dire qu'ils s'accompagnent de spasme, alors qu'à Vienne, Schnitzler, Waldvogel, Holz-knecht, Schütz, Buttner, et qu'à Londres, Barklay et Moynihan se refusent à l'admettre (1). Relevons encore, parmi les causes locales, *le cancer du pylore*, qui est plus rarement, cependant, une cause de spasme, car il provoque trop rapidement l'infiltration et la destruction des fibres musculaires.

Toujours parmi les affections stomacales, mais à une certaine distance du sphincter pylorique nous trouvons autant de causes de spasme dans certaines *ptoses gastriques*, dans *la gastrite supérieure*, surtout dans les *ulcères*

(1) F. RAMOND, *Presse Médicale*, 5 mai 1920.

de la petite courbure; enfin, plus rarement, dans le cancer extrapylorique.

B. — CAUSES DUES AUX AFFECTIONS EXTRA-STOMACALES

Les péripylorites, celles surtout qui provoquent des adhérences pylorocystiques et pylorohépatiques, nous serviront de transition pour arriver aux causes extrastomacales de spasme pylorique. Il s'agit fréquemment d'*ulcères duodéno-pyloriques*, plutôt que d'*ulcères duodénaux vrais*; le cancer du duodénum est quelquefois mis en cause. La plupart des *inflammations péritonéales* provoquent des vomissements, indice de spasme gastro-pylorique, et toutes les *douleurs abdominales* ont, en général, la même action, d'autant que leur siège se trouve plus rapproché du sphincter pylorique.

Parmi ces causes extrastomacales, une des plus habituelles est, sans contredit, la *lithiase biliaire*, même dans ses formes frustes dont le diagnostic est si difficile. La *lithiase rénale*, elle aussi, peut être incriminée. Il n'est pas jusqu'à la *lithiase pancréatique* que l'on n'ait pu mettre en cause, ainsi que F. Ramond en a observé plusieurs cas.

Nous n'aurions garde, dans cette énumération, d'oublier l'*appendicite*, souvent en cause, le *rein flottant*, la *constipation douloureuse*, qui s'accompagne également de spasme de la portion ascendante du côlon.

Mentionnons encore *les vers intestinaux* auxquels il faut toujours songer.

C. — CAUSES D'ORDRE GÉNÉRAL

Il est enfin des causes d'ordre général, parmi lesquelles

le *nervosisme* tient la première place : les *nerveux*, les *neurasthéniques*, les *mélancoliques*, certains *basedowiens*, sont fréquemment sujets au spasme du pylore; ce sont des malades qui vivent dans une anxiété perpétuelle et dans une préoccupation constante du fonctionnement de leurs voies digestives. Le spasme peut être également révéle ou exagéré par la *fatigue générale*, le *surmenage*, les *émotions*, les *soucis*. Les gens sujets aux *névralgies*, aux *céphalées*, en présentent quelquefois. On le retrouve aussi chez les *intoxiqués*, et c'est principalement le tabac qui doit être mis en cause.

On l'a signalé enfin au cours du *diabète*, dans l'*urémie*, et dans les crises gastriques du *tabès*.

De cette longue énumération, il faut conclure que nombreuses sont les causes qui provoquent, soit directement, soit indirectement, le spasme du pylore, et que ce dernier n'échappe pas à la règle qui veut que tout processus pathologique agisse sur les sphincters, rarement en les inhibant, le plus souvent, au contraire, en les contracturant.

Ne convient-il pas, à ce propos, et c'est là le but de notre travail, de discuter le rôle d'une épine irritative et notamment d'une *fissure* dans la région pylorique, comparable dans ses manifestations à la fissure anale ?

Dans quel sens, tout d'abord, faudrait-il entendre ce terme de « fissure ». Justement dans celui qu'on lui donne, lorsqu'on parle de fissure à l'anús; il s'agira donc d'un très petit ulcus, d'une exulcération minime, d'une ulcération ne dépassant pas la sous-muqueuse en profondeur, de sorte qu'elle pourrait passer inaperçue à un examen un peu rapide, analogue en cela à certaines fissures anales

qu'il n'est possible de déceler qu'au prix d'un déplissement méthodique et laborieux. Ceci explique que certains cas de fissures pyloriques doivent échapper au *contrôle chirurgical* et que cette lésion doit être en réalité assez fréquente.

Il est de fait que, dans un certain nombre de cas, les constatations faites au cours de l'intervention démontrent l'existence indiscutable de la lésion minime que nous envisageons ici; cette lésion est décelée souvent par l'existence d'une petite induration cicatricielle : il n'en faut pas conclure nécessairement que l'ulcération sous-jacente est cicatrisée.

Ainsi, chez quelques opérés qui avaient présenté les symptômes du pyloroplasme dont nous parlerons plus loin, la laparotomie n'a pas montré d'autres lésions que l'existence d'un *petit ulcère, d'une cicatrice, d'une légère exulcération, en un mot, d'une fissure de la région pylorique*.

Au doigt, dit M. Delore, on reconnaît une induration très limitée, mais bien distincte de la sensation fournie par le sphincter pylorique. On voit encore sur la séreuse soit un plissement cicatriciel, soit une zone blanchâtre aux tuniques amincies, soit enfin quelques adhérences vasculaires. Ces dernières s'observent plutôt au niveau de l'ulcère du versant gastrique; elles sont exceptionnelles au pourtour de l'ulcère du versant duodénal; celui-ci est mal protégé par la réaction de sa séreuse et a une fâcheuse tendance à la perforation en péritoine libre.

Les cicatrices, en effet, ont des formes variables; les unes proviennent d'ulcères peu profonds et sont planes, superficielles; d'autres sont linéaires, mais profondes. Souvent, elles intéressent toute l'épaisseur de la paroi, et sont

formées d'un petit noyau central duquel partent des brides fibreuses, et l'attraction consécutive de la muqueuse fait naître des plis. Ces cicatrices, placées sur les faces ou sur les courbures de l'estomac, ne troubleraient vraisemblablement pas son fonctionnement; mais il n'en est pas toujours de même, nous l'avons vu, lorsqu'elles sont aussi mal situées que dans la région pylorique.

Mais il faut surtout insister, croyons-nous, sur la notion d'une très minime ulcération (et l'on sait combien fréquentes elles sont au niveau du pylore), se comportant comme une plaie dont la sensibilité, éveillée au passage des aliments, provoque la contracture et le spasme du sphincter.

Le contrôle chirurgical ne révèle rien autre chose que la fissure, si ce n'est que l'estomac est quelquefois dilaté, plus souvent rétréci, mais non pas épaissi comme dans le cas de sténose mécanique. La muqueuse gastrique, enfin, est congestionnée : cela est non pas la cause du spasme, mais sa conséquence habituelle.

Quelques mots encore, avant d'aborder les notions cliniques : on a pu s'étonner, peut-être, en parcourant nos observations, de constater que les fissures en cause ne fussent pas toutes situées sur le pylore, au sens rigoureusement anatomique du mot. Voici la raison qui nous a fait légèrement transgresser un cadre aussi étroit : en France, contrairement à l'opinion des auteurs anglo-américains, on n'accepte pas tout d'abord que la veine pylorique, en raison des variations de son trajet, puisse servir de ligne de démarcation absolument fixe entre l'estomac et l'intestin; aussi, distingue-t-on trois variétés d'ulcères du pylore : l'ulcère pylorique proprement dit, dont la situa-

tion est définie par le terme lui-même; — l'ulcère sus-pylorique, ou ulcère du versant gastrique, dont les limites s'arrêtent à trois ou quatre centimètres environ au-dessus du sphincter; — l'ulcère sous-pylorique, enfin, encore appelé ulcère du versant duodénal du pylore, qui s'arrête à deux ou trois centimètres au-dessous de la veine pylorique. La même division pourra donc s'appliquer à nos fissures; mais, en réalité, il ne convient pas d'attacher, au point de vue clinique, une trop grande importance à cette répartition purement anatomique et, en conséquence, les fissures de cette région étant capables de provoquer des symptômes identiques, nous avons envisagé leur localisation, soit au niveau du pylore, soit dans son voisinage, pour tout dire dans la « zone pylorique », en comprenant ce terme beaucoup plus dans le sens physiologique que dans le sens anatomique du mot: zone pylorique, c'est-à-dire, zone dans laquelle la fissure retentit sur le pylore « de telle manière que le processus symptomatique se comporte à peu près de la même façon que si la lésion siégeait au niveau du sphincter lui-même » (1).

Ses effets

Une étude attentive permet d'établir le syndrome du spasme pylorique que peuvent précéder, ou avec lequel peuvent coexister les signes de l'affection causale. Tout d'abord, nous distinguerons, avec F. Ramond, le spasme continu, qui est rare, et le spasme intermittent, qui est de beaucoup le plus fréquent. Ce dernier, qui seul nous intéresse, se subdivise lui-même en spasme précoce, spasme

(1) MATHIEU, *Gazette des Hôpitaux*, 10 mars 1914.

retardé et spasme tardif, selon qu'il se manifeste au début de la digestion ou, plus ou moins tardivement, au cours de celle-ci.

L'appétit, en général, n'est que peu diminué; mais il disparaît quelquefois vite, dès le début du repas si le spasme est précoce. Au bout d'un temps variable, une sensation de *poids sur l'estomac*, de *tension gastrique*, est accusée par le malade. Ce dernier, ordinairement nerveux et inquiet, aura tendance à s'exagérer la gêne qui en résulte, et se plaindra parfois d'étouffements.

La douleur fera, elle aussi, son apparition, tardivement dans la plupart des cas, sous forme de *crampes*, de *brûlures*, accompagnées de *pyrosis*, d'*éructations*, de *réurgitations* aqueuses ou même alimentaires. Tous ces phénomènes sont le résultat d'une réaction soudaine du sphincter pylorique lors du passage de la masse alimentaire; cette réaction se traduit par une fermeture brusque, de durée variable, avec, comme conséquence — le spasme gagnant de proche en proche, — une contracture en masse de l'estomac dont le contenu se trouve alors refluer vers l'œsophage, seule issue possible. Gagné par l'excitation, le cardia peut aussi se contracter à son tour, d'où la production d'une contraction stomacale totale se manifestant pour le malade par une sensation de *gonflement* et de *pesanteur* fort pénibles.

Ce spasme, cependant, n'est pas définitif; au bout de quelques minutes, davantage parfois, il cesse; le soulagement est presque immédiat, et le chyme se présente alors à nouveau en masse pour franchir le sphincter; si la contracture ne se reproduit pas, le malade a l'impression d'une

évacuation précipitée, se traduisant par des gargouillements, et le soulagement est définitif; dans le cas contraire, il éprouve à nouveau, quoique moins accusés, les phénomènes ci-dessus décrits et la digestion est lente à se poursuivre. Si la répétition du spasme est trop fréquente, le *clapotage* persiste au delà des délais normaux.

Enfin, le spasme continu est le résultat de la persistance des symptômes précédents pendant toute la période digestive. Poussé au dernier degré, il peut arriver à fournir les caractéristiques de la dilatation d'estomac par sténose du pylore, avec tension, péristaltisme et vomissements de stase.

A l'inspection, il est facile de constater la *tension stomacale*, qui se traduit par une voussure au niveau du creux épigastrique, et il nous est possible de retrouver ici le phénomène décrit par Bouveret sous le nom de *tension intermittente de l'épigastre* : il se produit une simple ébauche de mouvement péristaltique, mais l'ondulation n'apparaît pas; puis la paroi s'affaisse et le phénomène recommence.

Bouveret, Schnitzler, affirment également la possibilité de sentir dans quelques cas une sorte de *nouure du pylore*, grâce à la palpation profonde et malgré la gêne occasionnée par la défense musculaire des grands droits, phénomène que l'on ne doit pas confondre avec la tension gastrique dont il a été parlé précédemment.

Dans le cas de spasme intermittent, *le tubage* ne permet pas, à jeun, de ramener du liquide; si le spasme se prolonge, l'estomac peut en renfermer une certaine quantité.

L'analyse chimique ne donne pas des résultats toujours constants; on peut observer de l'anachlorhydrie aussi bien que de l'hyperchlorhydrie, mais cette dernière est généralement plus fréquente : en tout cas, elle est modérée.

Il est beaucoup plus intéressant et instructif de suivre à *l'écran radioscopique* les différentes phases de la production du spasme pylorique; cette étude a fait l'objet des travaux de nombreux auteurs, parmi lesquels Holzkecht et Lüger, Mathieu, Enriquez et Durand, F. Ramond; ce dernier nous a donné du tableau la description suivante :

Dès que le repas opaque arrive dans l'estomac, une partie a le temps de passer dans le duodénum, par surprise, avant toute contraction du pylore. Mais, le spasme produit, le pylore se présente sous l'écran sous forme d'une bande claire, ou plage pylorique, transversale, d'un à deux travers de doigt de hauteur, et nettement relevée au-dessus du plan horizontal passant par le bas-fond gastrique. Ce redressement du pylore est assez caractéristique. Au-dessus, figure une colonne cylindrique de bismuth duodénal, plutôt que la forme en chapeau de gendarme de Holzkecht. Cette colonne est immobile, n'ayant aucune tendance à se déverser dans un sens ou dans l'autre. Au-dessous de la plage pylorique, s'observe le bismuth gastrique, tantôt immobile s'il y a gastrospasme concomitant, tantôt agité de mouvements péristaltiques plus ou moins violents.

La durée de cette image, qui n'est que l'exagération de l'image normale, varie de quelques minutes à un quart d'heure et plus. Le relâchement du sphincter peut être brusque, et l'on voit alors le chyme se précipiter en masse vers le duodénum, comme pour rattraper le temps perdu; plus souvent le relâchement est incomplet : le chyme bismuthé ne passe que par petites gorgées, ou bien sous la forme d'une fine poussière. En même temps la colonne duodénale se dissocie; la plus grande partie se dirige vers la deuxième portion du duodénum, tandis que le restant retombe en cascade vers l'estomac.

Dans sa forme atténuée, l'image radiologique du spasme est un peu moins nette : la plage pylorique est toujours très visible, mais elle laisse passer une fine poussière bismuthée ; la colonne duodénale est moins haute et moins immobile ; enfin la durée du phénomène est d'ordinaire moins prolongée.

Enfin, l'examen microscopique des selles, dans le cas de spasme pylorique, ne peut pas fournir des renseignements appréciables, si ce n'est quelques indications sur la digestion gastrique.

..*La coprologie* peut nous renseigner dans quelques cas sur la cause du spasme pylorique ; la recherche de la réaction de Weber, en dehors d'un melæna facilement décelable, nous montrera l'existence ou non d'hémorragies occultes.

CHAPITRE III

Le diagnostic de la fissure du pylore

Diagnostic positif — Diagnostic différentiel

La fissure du pylore n'est pas d'une rareté exceptionnelle; parmi nos observations, les quatre premières ont été prises dans le courant d'un mois seulement, par M. Delore dans son service de l'hôpital de la Croix-Rousse. Il est évident, d'autre part, que sans le contrôle chirurgical, qui a apporté la preuve certaine de la fissure, le diagnostic eût pu être hésitant. Aussi pensons-nous, et cette idée nous semble légitime, que les cas de fissure pylorique sont assez nombreux, surtout ceux qui ont été guéris par le traitement médical, ou tout au moins suffisamment améliorés pour que la laparotomie n'ait pas été indiquée.

Diagnostic positif

On songera donc à la fissure du pylore lorsqu'on se trouvera en présence d'un malade atteint d'un syndrome de *spasme pylorique*, malade dont souvent le *passé dyspeptique* accusera des périodes de douleurs gastriques entrecoupées de phases de calme relatif.

A l'interrogatoire, on notera des *douleurs épigastriques*, paroxystiques, plus ou moins violentes, quelquefois irradiées dans le dos, et présentant surtout un caractère assez net : elles sont tardives, survenant généralement deux à trois heures après les repas et persistant une ou deux heures, caractéristique de leur coïncidence avec l'ouverture du pylore.

Les vomissements ne sont pas constants; dans nos observations, les malades en présentèrent quatre fois sur neuf. Ils sont donc assez souvent défaut; quand ils existent, ils sont plutôt muqueux qu'alimentaires et n'ont donc pas les caractères de vomissements de rétention.

Dans deux cas, nous avons noté des *melænas* et dans trois cas des *hématomèses* peu abondantes; le fait n'a rien d'étonnant puisque la fissure est en réalité un petit ulcère; l'hématémèse et le melæna peuvent être dus, on le sait, à une ulcération ne dépassant pas la sous-muqueuse en profondeur, et Dieulafoy a laissé une description classique des hémorragies de *l'exulceratio simplex*.

A l'examen, apparaît un *amaigrissement* notable; entre autres causes de cet amaigrissement, se trouve le fait que le malade, bien qu'ayant relativement conservé l'appétit, restreint volontairement son alimentation, supprimant le plus souvent le repas du soir, refusant même quelquefois toute nourriture tant est grande sa crainte de souffrir.

La palpation abdominale est parfois négative ; assez souvent lorsqu'elle est un peu appuyée, elle provoque une *douleur bien localisée* au creux épigastrique et souvent aussi un peu à droite de ce dernier; cette seconde localisation a beaucoup plus d'importance que la première.

Pas de dilatation d'estomac dans la plupart des cas, ou du moins *dilatation assez modérée*.

La *tension intermittente de l'épigastre*, qui peut être observée, a fait défaut chez nos neuf malades. Les *contractions péristaltiques* ont été vues nettement dans l'observation IX; leur ébauche était obtenue par des chiquenaudes chez la malade de l'observation VI.

Quant à la sensation de *pylore spasmé*, elle n'a pu être obtenue chez aucun de nos sujets.

La coprologie montrera quelquefois l'existence d'*hémorragies occultes fécales* intermittentes, plus rares que dans l'ulcus vrai; mais, il s'agira alors de mettre hors de cause d'autres affections telles que les ulcérations intestinales, le cancer de l'estomac et de l'intestin, les cirrhoses, qui peuvent, elles aussi, s'accompagner d'hémorragies occultes.

Le chimisme, enfin, donnera une *chlorhydrie normale* ou une *légère hyperchlorhydrie*. Aucune de nos observations ne relate de tubage à jeun, et nous le regrettons. Il est probable qu'on aurait relevé, au moins par intermittences, un certain degré de *gastro-sucorrhée* : les cas que nous envisageons se rattachent, croyons-nous, par transitions insensibles, au syndrome de Reichmann. Mais dans la fissure du pylore, il ne s'agirait que d'un syndrome de Reichmann atténué et intermittent.

Diagnostic différentiel

Nous devons envisager le diagnostic différentiel de la fissure pylorique avec la longue liste des affections qui provoquent le pylorospasme.

Pour certaines d'entre elles, ce sera chose relativement

facile, et l'on pourra rapidement mettre hors de cause : *le rein mobile*, par la palpation de la région rénale ; *la lithiase rénale*, par l'absence d'hématuries et de douleurs néphrétiques ; *la constipation douloureuse* par l'exploration du côlon et l'aspect des évacuations. L'examen des selles, encore, mettra en évidence les *vers intestinaux* ou leurs œufs.

Pour les *intoxiqués*, la suppression de la cause (le tabac en général) amènera la disparition des effets ; le repos, le calme amélioreront *les nerveux*, *les surmenés*. On ne négligera pas non plus la recherche des stigmates de *l'hystérie*.

Pour éliminer *l'urémie*, il suffira de songer à la possibilité d'une intoxication d'origine rénale, de pratiquer la recherche de l'albumine dans les urines, celle de l'urée dans le sang, de relever enfin les signes caractéristiques des néphrites. De même on écartera *le tabès* si on se trouve en présence de ses signes essentiels : modifications pupillaires, abolition des réflexes, douleurs fulgurantes. Il faut songer aussi aux *tabès frustes* (abolition des réflexes achilléens, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, quelques troubles pupillaires).

Moins facile déjà sera le diagnostic différentiel avec *le cancer du pylore* : ce dernier se manifeste par une anorexie surtout marquée pour la viande et les graisses ; la douleur est de règle, mais peut-être moins aiguë que dans la fissure. Pas d'hyperchlorhydrie en général. Les vomissements sont fréquents, rejetés à toute heure, constitués par des aliments et aussi par un liquide sans acidité. L'examen radiologique, enfin, sera d'une grande utilité.

Pour les *ulcères de la petite courbure*, l'horaire dou-

loureux est moins tardif; la localisation précise de la douleur provoquée par la pression au niveau de la partie moyenne de l'estomac, et la déformation spéciale de l'image radioscopique sont de bons signes différentiels. Les irradiations dorsales des douleurs ont aussi un caractère de fixité spécial lorsque ces ulcères sont compliqués d'adhérences postérieures.

Dans les *ulcères duodénaux vrais*, la douleur, tardive comme dans le cas de fissure, siège plutôt à droite, dans la région vésiculaire, s'irradie vers le flanc droit et l'épaule droite; l'évacuation stomacale est plus rapide, par exagération du péristaltisme; enfin, il existe souvent du méléna isolé, sans hématomèses.

Pour diagnostiquer une *ptose gastrique*, il faut se baser surtout sur les signes d'atonie, sur les ptoses viscérales associées, sur les signes physiques (ventre en besace dans la station debout) et sur l'examen radioscopique qui montre l'allongement de l'estomac et sa forme en sablier.

Les *pylorites* sont presque impossibles à différencier, car l'étude cytologique du liquide de lavage stomacal (Lœper) qui montre de nombreuses cellules (lymphocytes, polynucléaires, etc.); dans les inflammations du pylore, en montre également dans les ulcérations; et, d'autre part, la pylorite doit conduire facilement à la fissure.

On hésitera beaucoup s'il s'agit d'un *ulcère duodéno-pylorique*, sa symptomatologie ressemblant fort à celle de la fissure. De même l'*ulcère pylorique proprement dit* entraîne le syndrome de Reichmann: vomissements abondants, aqueux, acides; hyperchlorhydrie; présence, à jeun, dans l'estomac, de liquide d'hypersécrétion et de stase en

quantité abondante; grosse dilatation d'estomac; tension gastrique et contractions péristaltiques.

La différenciation avec la fissure pylorique peut donc être délicate, car il n'y a entre l'un et l'autre qu'une question de degré. D'ailleurs, une telle différenciation est sans importance majeure au point de vue pratique.

Le clinicien, enfin, sera surtout embarrassé pour différencier nettement la fissure pylorique des *affections de la vésicule biliaire*, lithiasse vésiculaire, cholécystite chronique, péricholécystite.

Il est évident que, dès que l'état des voies biliaires redevient normal, les troubles gastriques peuvent cesser brusquement; mais les causes d'erreur sont fréquentes en raison de l'hyperesthésie du plexus solaire et des relations de voisinage entre la vésicule et le pylore par propagation de l'inflammation péritonéale.

Cependant l'attention, déjà mise en éveil par l'échec de la thérapeutique bismuthée, pourra être retenue par l'examen des conjonctives, par une légère élévation thermique au moment des douleurs, lesquelles siègent à droite, sous les fausses-côtes, et s'irradient vers l'épaule droite.

On s'aidera enfin de la recherche des points sous-mammaire et sous-scapulaire droits, sans oublier le signe sur lequel Chauffard, Tripier et Paviot, puis Cade et Parturier ont insisté: douleur, à droite, lorsqu'on enfonce le doigt, à la base du cou, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien.

CHAPITRE IV

Pronostic et Traitement

Le Pronostic

Le pronostic de la fissure pylorique est assez variable; certes, comme il ne s'agit, dans la grande majorité des cas, que d'une ulcération légère, il y aura tendance souvent à la guérison spontanée. Mais cette guérison spontanée sera quelquefois rendue plus lente, peut-être même compromise définitivement par suite de la grosse gêne apportée à la cicatrisation par le spasme. Le spasme, en effet, aggrave l'affection causale; il tend à augmenter l'acidité du suc gastrique, à provoquer un certain degré de rétention alimentaire, source de fermentations et conditions défavorables à la guérison.

Le pylorospasme de la fissure pylorique est souvent très tenace et peut entraîner une altération profonde de l'état général, qui, jointe à l'intensité et à la persistance des troubles fonctionnels, conduira à l'intervention chirurgicale.

Le Traitement

Le traitement de l'affection s'adressera aussi bien au spasme qu'à sa cause. Ce traitement, d'ailleurs, ne diffère

pas de celui de l'ulcère du pyllore en activité: il sera d'abord médical, puis, éventuellement, chirurgical.

A. — TRAITEMENT MÉDICAL

La base de la thérapeutique sera constituée par le *repos*, le *régime*, la *médication*; et le traitement sera appliqué avec d'autant plus de sévérité que l'affection présentera une marche plus inquiétante.

a) Le repos physique, le calme moral; souvent il faudra ordonner le lit, avec des applications épigastriques chaudes.

b) Le régime cherchera à faire reposer l'estomac, soit complètement pendant quelques jours (lait, lavements nutritifs), soit en partie, au moyen d'une hygiène alimentaire rigoureuse: pas d'aliments excito-moteurs, ni épices, ni alcool, ni café, ni viandes, ni sauces. Somme toute: le régime lacto-ovo-végétarien. Des boissons chaudes.

c) La médication. Le médecin aura à sa disposition:

Les alcalins, et, en particulier, le *bicarbonate de soude*, administré par petits paquets de un gramme, plusieurs fois par jour au cours de la digestion, associé au carbonate de chaux et à la magnésie calcinée.

La belladone; à faire prendre dans la journée: trente à quarante gouttes de teinture de belladone, avant les repas, en trois fois.

L'atropine: un quart de milligramme par jour, porté prudemment jusqu'à un milligramme ou un milligramme et demi pendant dix ou douze jours, soit en ingestion, soit en injections sous-cutanées. C'est la médication la plus active.

L'opium, la cocaïne, en raison de l'accoutumance possible, seront moins à conseiller, à l'intérieur; cependant, les emplâtres à l'extrait d'opium, appliqués, pendant une semaine, au creux épigastrique, soulagent bien.

Les pansements au *carbonate de bismuth* (il ne faut pas user du sous-nitrate qui, souvent impur, est facilement toxique aux doses utilisées). On en prescrira dix à vingt grammes par jour, à prendre en une seule fois à jeun, ou à doses fractionnées avant les repas. Ce médicament possède des effets sédatifs remarquables, car il forme un pansement protecteur à la surface de la muqueuse gastrique; mais un inconvénient réside dans son prix élevé, d'autant qu'il y a nécessité à continuer longtemps le traitement; aussi pourra-t-on le remplacer avantageusement par *le kaolin*, ou hydro-silicate d'alumine (aux mêmes doses et de la même façon), ou par *la gélose-gélatine* de Ramond: une cuiller à soupe, dans un demi-verre d'eau chaude ou de tisane, à jeun et entre les repas.

Si l'état du malade s'améliore, on permettra la reprise de l'alimentation, par étapes, sans aller trop vite ni se laisser fléchir, et on conseillera progressivement: des laitages, des œufs, de la purée de pommes de terre; plus tard, des viandes blanches bouillies et pulpées, des cervelles, des poissons maigres, de la poudre de viande délayée dans de l'eau et alcalinisée avec dix grammes de bicarbonate de soude.

Comme boisson, de l'eau, et, après les repas, un demi-verre un peu tiède d'une solution saline dialytique préparée avec la poudre de Bourget: Bicarbonate, Phosphate et Sulfate de soude à doses variables, de manière à for-

mer une solution alcalino-phosphatée à un degré de concentration moléculaire aussi rapproché que possible de celui du suc gastrique.

B. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il peut arriver que le traitement médical ne produise aucune amélioration; si l'état général du malade décline, si les douleurs, loin de s'amender, vont en augmentant, on sera en droit de faire appel au chirurgien et de conseiller la laparotomie qui est généralement acceptée. Que faire alors? La fissure se comporte comme un ulcère et constitue une plaie irritable sur laquelle doit être empêché le passage des aliments; il faut, donc si possible, la supprimer, ou tout au moins la mettre au repos. Voici, à ce sujet, quelles sont les idées de M. Delore, qui a opéré tous les malades dont nous avons donné les observations.

L'exérèse serait évidemment l'opération de choix; mais, outre que ses difficultés demandent une habileté professionnelle spéciale, c'est une intervention dont les dangers ne sont pas toujours proportionnés au but poursuivi, et, dans les cas que nous envisageons ici, elle n'apparaît pas comme nécessaire.

La gastro-entérostomie large donne déjà des résultats appréciables: supprimant, incomplètement peut-être, le passage des aliments par le pylore, elle calme, en général, les douleurs et semble même, dans certains cas, procurer des guérisons définitives.

L'exclusion du pylore, enfin, pratiquée après la gastro-entérostomie, et consistant dans la section de l'estomac au-dessus du sphincter suivie de la fermeture des deux

tranches avec trois plans de suture, est une bonne opération; mais sa gravité est réelle, surtout lorsqu'il s'agit de malades cachectiques.

Aussi, M. Delore pense-t-il avec raison qu'il est préférable, dans les cas qui nous intéressent, de pratiquer une simple gastro-entérostomie palliative, très suffisante ordinairement. Si le résultat est incomplet et que le malade veuille se soumettre à une deuxième intervention, on peut alors se décider, selon le cas, et aussi selon la difficulté opératoire, pour l'*excision* de la fissure ulcéreuse ou pour l'exclusion du pylore, la préférence devant être donnée à la première intervention. Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que, chez nos neuf opérés, la gastro-entérostomie seule a été pratiquée, soit que le second temps opératoire n'eût pas été indiqué, soit qu'il eût été refusé en raison de la grosse amélioration obtenue.

Bons et encourageants ont été *les résultats immédiats*; deux de ces malades ont même donné en quelques jours l'impression d'une véritable résurrection; sauf un, tous ont vu, plus ou moins rapidement, disparaître leurs douleurs, augmenter leur poids, se remonter leur état général, l'alimentation ayant pu être reprise presque aussitôt.

Quant aux *résultats éloignés*, ils ne sont pas, semble-t-il, moins heureux. Nous avons pu correspondre avec quelques-uns de ces opérés; tous nous ont affirmé la persistance de leur amélioration ou de leur guérison.

CONCLUSIONS

Les ulcères de la région pylorique produisent des phénomènes de sténose et surtout de spasme du pylore. L'ulcère peut être très minime, à peine décelable par le contrôle chirurgical, et parfois même se borner à une légère et superficielle perte de substance de la muqueuse.

La contracture spasmodique consécutive à semblable lésion rappelle ce qui se passe au niveau du sphincter du rectum, au cours de la fissure anale, lors du passage du bol fécal. On peut donc, en pareil cas, et par analogie, parler de « fissure pylorique ».

Nous avons réuni neuf observations de ce spasme par fissure pylorique, observations dans lesquelles la symptomatologie nous a paru suffisamment nette, rappelant d'ailleurs le syndrome ulcéro-pylorique banal : douleurs tardives survenant par périodes plus ou moins longues ; vomissements assez fréquents, aqueux ou alimentaires ; pyrosis ; dans quelques cas, hématomèse ou méléna apparent ou occulte ; assez rarement dilatation stomacale cliniquement appréciable et contrôlée par la radioscopie ; quelquefois tension gastrique intermittente ; péristaltisme exceptionnel et, en tout cas, discret ; sensation possible de pylore spasmé, à la palpation ; point douloureux à la

pression de la région pyloro-duodénale; au chimisme, chlorhydrie normale ou légèrement hypernormale.

Le traitement n'est pas sensiblement différent de celui de l'ulcère du pylore en activité: il doit être d'abord médical et, éventuellement chirurgical.

Le repos, le régime, les alcalins, le bismuth, la cure belladonnée seront rigoureusement prescrits.

Ce n'est qu'après échec de ce traitement que l'on conseillera la gastro-entérostomie palliative dont les résultats, aussi bien immédiats qu'éloignés, sont très satisfaisants dans la plupart des cas, de telle sorte qu'il y aura rarement lieu de recourir à une intervention plus complète (excision surtout, soit en un temps, soit en deux temps).

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

ROQUE.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 novembre 1920,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac.
- BROUARDEL. — Traité de médecine et de thérapeutique (Hayem).
- CADE. — Maladies de l'estomac et de l'intestin.
- DELORE et PINEL. — Du spasme du pylore dans l'ulcère (fissure pylorique). *Bulletin médical*, XXXIII, n° 15.
- ENRIQUEZ et DURAND. — *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, mai 1913.
- HAYEM et LYON. — Traité des maladies de l'estomac, 1913.
- JULLICH. — Contrib. à l'étude des formes cliniques de l'ulcère de l'estomac chronique et récidivant. *Thèse de Paris*, 1905-1906.
- LOEPER. — Leçons de pathologie digestive. La pylorite, 4^e série, 1919.
- Des ulcères dissimulés de l'estomac. *Monde Médical*, 15 octobre 1913.
- MATHIEU. — Pathologie gastro-intestinale: le Syndrôme ulcéro-pylorique.
- Pathologie gastro-intestinale : ulcère et cancer de l'estomac, 1910.
- Traité médico-chirurgical des maladies de l'œsophage et de l'estomac, 1913.
- Le Syndrôme ulcéro-pylorique. *Gazette des Hôpitaux*, 1919, p. 469.
- MATHIEU et ROUX. — Pathologie gastro-intestinale.
- RAMOND (Félix). — Les dyspepsies, 2^e édition 1920, p. 277.
- Le spasme du pylore. *Presse Médicale*, 5 mai 1920.
- RAMOND, CARRIÉ et PETIT. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 21 déc. 1917.
- RAMOND et CARRIÉ. — *Annales de Médecine*, 1919.
- ROUX (J.-Ch.). — Les gastropathies douloureuses et l'ulcère du pylore au cours de l'appendicite. *Paris Médical*, 7 déc. 1918.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I. — Observations.....	9
CHAPITRE II. — Le spasme du pylore. — Ses causes. Ses effets	21
CHAPITRE III. — Le diagnostic de la fissure du pylore. — Diagnostic positif. Diagnostic différentiel.....	33
CHAPITRE IV. — Pronostic et Traitement.....	39
CONCLUSIONS.	45
BIBLIOGRAPHIE	47
